

## *Revista das Revistas*

### SIGMOIDOSCOPY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT — Frank C.

Yeomans      *Review of Gastroenterology: XII, 1, 38-42, Jan.-Fev., 45.*

A sigmoidoscopia é um processo, relativamente, simples frequentemente negligenciado no diagnóstico, no tratamento e no "controle" das doenças do intestino terminal.

**Indicações:** idealmente deveria se um processo de rotina em todo o exame físico geral, especialmente no dos pacientes de mais de 40 anos. Torna-se um dever 1) quando os sintomas se referem ao intestino terminal ou ao baixo abdomen e 2) antes de qualquer estudo radiológico do gastro-intestinal, porque a maioria dos casos de colite ulcerosa principalmente no reto, ou, pelo menos, o envolve. Além disso, a maioria dos tumores benignos, e 85% das neoplasias malignas do intestino grosso, estão dentro da possibilidade da palpação digital ou da inspeção direta, sabendo que a maioria são freqüentemente omitidos pelos raios X. O radiologista seria informado dos achados sigmoidoscópicos antes do exame radiológico do paciente.

A sigmoidoscopia deveria ser uma medida de rotina antes do tratamento das hemorroidas e antes de toda a laparotomia, no caso de lesões duvidosas dos órgãos pélvicos. Em muitos casos, persistem os sintomas após uma histerectomia e a sigmoidoscopia vai revelar um cancer do colon pélvico como a causa primária. A dor lombar, baixa, pode ser um sintoma de cancer do colon pélvico ou do reto. Em alguns casos, a atenção foi focalizada na espinha, enquanto o intestino, o sitio real, era ignorado.

**Preparo do paciente:** se a diarreia é o sintoma principal, nenhum preparo é necessário. Em outros casos, uma onça (31, 1035grs) de óleo de castor é administrada na noite anterior ou um enema de água, simplesmente, 3 horas antes do exame.

**Posição do paciente:** para o exame, o paciente pode ser colocado em (a) posição lateralesquerda de Sim, com os quadris elevados num travesseiro firme, (b) posição cotovelo Joelho ou (c) invertido, numa mesa especial, o que é, até certo ponto, perigoso para os pacientes hipertensos ou com doenças cardio-vasculares. A melhor posição é a cotovelo-Joelho. Estando o corpo suportado nos joelhos e cotovelos, os membros superiores e as coxas verticais em relação á mesa, a frente repousada num travesseiro, a espinha elevada e o músculos abdominaes relaxados, facilita-se a descida das visceras pélvicas para o diafragma. Esta posição é, facilmente mantida, enquanto necessária e é muito mais confortável que a posição Joelho-ombro, comumente usada.

É importante a cobertura. A coberta mais simples é o lençol, a margem superior do qual rodeia as nádegas, logo abaixo do anus, e é prendido na linha média sobre a espinha. Este cobre os genitais e os pés.

A posição lateral esquerda é, especialmente, indicada para doentes astênicos, indivíduos com moléstias do sistema nervoso central e aqueles com anquilose das articulações das extremidades.

A sigmoidoscopia, um exame simples, é executada sem anestesia. Crianças de menos de 3 anos, comumente não cooperam e assim requerem ligeira anestesia geral.

O exame digital deve preceder, sempre, a endoscopia para se avaliar o tônus do esfíncter anal e para se apalparem as lesões orgânicas do reto ou adjacentes a ele. O tubo aquecido e lubrificado é introduzido no canal anal e, em 75% dos casos, pode alcançar o colon pélvico. O limite anatômico do avanço é o ápice do sigmoide, que se acha a 12-14 polegadas acima do anus. O tubo deve ser introduzido 10 ou mais polegadas. A parada, ao nível do retosigmoide, pode ser devida a espasmos, a um mesosigmoide curto, a aderências do sigmoide (mais frequentemente post-laparotomia), a estenoses (raras) ou neoplasias (cerca de 2/3 de todos os carcinomas do intestino distal envolvem o retosigmoide). Exceptuando-se a tuberculose e a diverticulite, a grande maioria das lesões do grosso intestino estão dentro desta zona acessível. Se, o paciente, por um esforço violento, durante a retirada do tubo, forçar o sigmoide na luz do tubo, diagnosticamos prolapso do reto, de 3.º grau.

**Dados úteis:** a mucosa normal é de coloração branca para carmesim, lisa e brilhante. Pode ter a cor mogno, uniformemente, ou em matiz, devido ao uso prolongado dos purgativos antracênicos. É a "melanosis coli" de nenhuma significância clínica. Vasos proeminentes, na mucosa, sugerem uma congestão portal. Uma mucosa atrófica é seca e vermelha, frequentemente com partículas de fezes condensadas e aderidas. A mucosa hipertrofica é pálida e suculenta com hipersecreção de muco.

As lesões iniciais de certas infecções apresentam um aspecto característico como se dá na colite amebiana, antes da infecção secundária das úlceras. Então, o quadro se assemelha à colite ulcerativa crônica. O material colhido dessas úlceras amebianas, típicas, diretamente, e examinado ao microscópio, mostra amebas móveis, em percentagem muito maior dos casos, do que o exame das fezes.

As inúmeras espécies de protozoários, requerem um técnico de laboratório especializado no reconhecimento das várias doenças tropicais, que afetam os intestinos.

**Tumores:** o polipo solitário, usualmente um adenoma, é sessil ou pediculado. O pedículo é separado com uma alça elétrica de alta frequência ou, então, é coagulado, e o crescimento sessil é destruído pela fulguração. Este tratamento é feito por meio do sigmoidoscópio.

**Neoplasias múltiplas:** os dois tipos reconhecíveis, pelo sigmoidoscópio, são: 1) "adenomatosis coli", tipo congênito, familiar, disseminado, e 2) a pseudo adenomatose, adquirida, polipose inflamatória múltipla. Ambas as condições propõem um sério problema terapêutico, por causa da tendência dos "adenomata" para degenerar em adenocarcinomas.

**Cancer:** um examinador experimentado pode diagnosticar um cancer palpavel do reto. Em casos duvidosos, a biópsia é essencial, o que é feito durante o exame, com um forceps cortante. O sitio da remoção é cauterizado, com fenol a 95%. Este processo não é perigoso. nenhuma biopsia deve ser feita atravez de uma mucosa intacta e um melanoma nunca deve ser biopsiado.

A reação de Wassermann e a intradermo-reação de Frei, devem ser feitas, em todos os casos de ulcerações, de estenoses ou de tumores no intestino terminal ou proximos dêle.

**Tratamento pelo sigmoidoscópio:** inclue aplicações tópicas das ulceras ou embrocação de toda a mucosa visível, a instilação de soluções medicamentosas, aquosas ou oleosas, no sigmoide, a insuflação de pós, a fulguração ou a coagulação de tumores e a aplicação de Rádio.

**“Controle”:** o desaparecimento dos sintomas, nas colites, pode aparentar uma cura clínica. A endoscopia, nesta época, revela uma mucosa granulosa, bem distinta da normal, lisa e brilhante. Este achado, obriga um tratamento continuado e a observação cuidadosa. Após a remoção de um tumor do intestino baixo, deve-se fazer a endoscopia, com intervalos de 6 meses a 3 anos, para a verificação de uma possível recorrência.

O autor apresenta a seguir vários casos para ilustração.

T. FUJIOKA

## ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

**1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais.** Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

**2. Atribuição.** Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

**3. Direitos do autor.** No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente ([dtsibi@usp.br](mailto:dtsibi@usp.br)).